

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 18 Juillet 1904, à 1 heure.

PAR

Paul CANTONNET

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Ancien Externe de la Crèche de l'hôpital Tenon
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

DE

L'ABUS DU FORCEPS

Dans les Expulsions dites Lentes

Président : M. PINARD, professeur

Juges :

}	MM. KIRMISSON, professeur
	LEPAGE et WALLICH, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen. Professeurs

Anatomie.
Physiologie.
Physique médicale.
Chimie organique et Chimie minérale.
Histoire naturelle médicale.
Pathologie et thérapeutique générales.
Pathologie médicale. }
Pathologie chirurgicale.
Anatomie pathologique.
Histologie.
Opérations et appareils.
Pharmacologie et matière médicale.
Thérapeutique.
Hygiène.
Médecine légale.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.
Pathologie expérimentale et comparée.

M. DEBOVE.
MM.
P. POIRIER
CH. RICHET.
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD
BOUCHARD
HUTINEL.
BRISAUD.
LANNELONGUE
CORNIL.
MATHIASDUVAL
RECLUS.
POUCHET.
GILBERT.
CHANTEMESSE
BROUARDEL
DEJERINE.

Clinique médicale. }

HAYEM.
DIEULAFOY.
DEBOVE.
LANDOUZY.

Maladie des enfants.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
Clinique des maladies du système nerveux.

GRANCHER.

Clinique chirurgicale. }

JOFFROY.
GAUCHER.
RAYMOND
TILLAUX.
LE DENTU.
TERRIER.
BERGER.
DE LAPERSONNE
GUYON.
BUDIN.
PINARD.
POZZI.
KIRMISSON

Clinique ophtalmologique.
Clinique des maladies des voies urinaires.
Clinique d'accouchements. }
Clinique gynécologique.
Clinique chirurgicale infantile.

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD
AUVRAY
BEZANÇON
BONNAIRE
BROCA (AUG.).
BROCA (ANDRÉ)
CHASSEVANT
CUNEO
DEMLIN
DESGREZ
DUPRE

FAURE
GILLES DE LA
TOURETTE
GOSSET
GOUGET
GUIART
HARTMANN
JEANSELME
LANGLOIS
LAUNOIS
LEGRY

LEGUEU
LEPAGE
MARION
MAUCLAIRE
MERY
POTOCKI
REMY
RENON
RICHAUD
RIEFFEL (chef
des travaux anat.)

TEISSIER
THIERY
THIROLOIX
THOINOT
VAQUEZ
WALLICH
WALTHER
WIDAL
WURTZ

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Paris,
Membre de l'Académie de médecine.

DE

L'ABUS DU FORCEPS

Dans les expulsions dites lentes

AVANT-PROPOS

Loin de vouloir nier en rien la valeur des innombrables services rendus quotidiennement par le forceps, nous voudrions appeler l'attention des praticiens sur l'un des points particuliers de ses nombreuses indications. L'idée première de cette thèse nous a été fournie par M. le professeur Pinard, qui insiste sur ce sujet chaque fois que l'occasion s'en présente, au cours de ses critiques d'observations qu'il fait chaque jour à la Clinique Baudelocque, en vue de l'instruction de ses nombreux élèves.

Il s'agit des applications de forceps, pratiquées sur des femmes ayant des bassins normaux et lorsque leur fœtus ne souffre pas ; sous le prétexte que

le forceps au détroit inférieur est d'une application facile, que l'enfant ne risquera pas grand chose, et que les souffrances de la mère seront abrégées. Rien n'est évidemment plus généreux que l'esprit de cette dernière considération, mais il faut se rappeler que l'application du forceps n'est pas toujours sans danger, et qu'il vaut mieux ne l'employer qu'au cas de force majeure, au cas où la certitude d'une bonne terminaison naturelle n'étant pas acquise il y a lieu de craindre une complication quelconque.

En d'autres termes nous essaierons par une étude statistique portant sur un grand nombre d'accouchements de la Clinique Baudelocque, de démontrer qu'il est possible d'attendre parfois fort longtemps et sans aucun dommage pour la mère ou l'enfant, que la nature ait pris en quelque sorte le dessus, et triomphé d'un obstacle physiologique avec ses propres armes.

Nos quelques exemples malheureusement pas assez nombreux, mais concluants toutefois en ce qu'ils sont pris au hasard, auront peut-être aussi l'avantage de rassurer le praticien qui, sachant la tête arrivée déjà sur le plancher périnéal, ayant d'autre part attendu depuis une heure, une heure et demie, sachant que la durée habituelle de la période d'expulsion est déjà passée ; s'énervera peu à peu, se laissera influencer par l'inconnue de son problème, la crainte d'une complication éventuelle, l'idée que « cela tarde trop », « que peut-être quelque chose va mal », qu'enfin le forceps terminerait tout, et qui serait de plus en

proie aux sollicitations de la parturiente ou de son entourage.

Ce dernier point nous amène à mentionner l'oubli volontaire que nous ferons au cours de cette étude du forceps dit « *de complaisance* », du forceps appliqué sur les instances d'une cliente renseignée, ou se croyant telle, qui a entendu dire combien moindres étaient les souffrances au moyen de l'extraction artificielle.

Encore moins parlerons-nous du cas où le médecin se sent pressé de partir pour une raison quelconque, de ce genre d'applications dont on a pu dire qu'il était le fait d'hommes « *sentant venir le dîner plus vite que la tête* ».

De semblables cas doivent être vraiment rares, et il nous répugnerait d'admettre qu'un médecin digne de ce nom, puisse, auprès d'une souffrance quelconque, faire prendre le pas à son intérêt personnel ou simplement même en avoir la pensée.

Il s'agira donc au cours de ce travail de cas normaux, de femmes chez lesquelles aucune dystocie n'aura eu lieu, mais où l'expulsion du produit de conception se sera fait attendre au delà des limites usuelles, sous l'influence d'une cause variable que nous étudierons, et par laquelle cette expulsion sera qualifiée de « lente ».

Nous avons préféré dans notre titre cette expression : « dans les expulsions *dites* lentes » car, comme nous le verrons en étudiant dès l'abord la lenteur des expulsions et ses causes, celle-ci est extrême-

ment variable suivant les sujets, et dans tous les cas très relative.

Nous passerons ensuite en revue le nombre des applications de forceps à la Clinique Baudelocque pratiquées sur des femmes primipares ou multipares ayant des bassins normaux. Nous en étudierons leurs causes et leur faible pourcentage pendant les années. 1896, 1897, 1898, 1899, 1900.

Nous mettrons par la suite sous les yeux du lecteur les résultats d'une étude statistique ayant porté sur 1000 femmes prises au hasard dans les deux dernières années (1903-1904) et sur lesquelles nous aurons choisi quatorze cas d'expulsions vraiment lentes (3 heures au moins) dont les observations plus détaillées suivront.

Un rapide résumé des avantages et inconvénients du forceps en général suivra, car nous avons pensé qu'il y avait lieu de le faire et que cela devait donner à nos conclusions une force de plus : celle que le praticien ressent en lui quand placé devant un problème à double solution il se voit attiré vers la meilleure et de deux maux, vers le moindre.

Nous ne voudrions pas commencer cette thèse qui terminera nos études, sans remercier ici de leur bonté et de leur bienveillance les maîtres chez lesquels nous avons fréquenté.

Que M. le docteur Thiéry chez lequel nous avons fait nos débuts en chirurgie, pendant un trimestre à sa consultation de la Pitié; et dans le laboratoire duquel nous avons disséqué deux ans, veuille bien

accepter ici nos remerciements les plus sincères pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné depuis.

M. le docteur Achard chez lequel nous avons été à Tenon pendant six mois comme élève bénévole et pendant notre troisième année d'externat ; voudra bien accepter ici l'hommage de notre profonde gratitude pour la bienveillance et l'indulgence qu'il n'a cessé d'avoir pour nous et pour le cordial accueil qu'il avait déjà su faire à nos débuts.

Nous ne saurions oublier le nom de M. le docteur Peyrot, chez lequel nous avons fait un trimestre de stage dans son service de l'hôpital Lariboisière et qui a bien voulu presque quotidiennement donner à nos études ses encouragements bienveillants. M. le docteur Souligoux doit à ce même titre avoir droit à nos remerciements les plus sincères.

Nous n'avons pas cessé d'avoir pour M. le docteur Félizet, dans le service duquel nous avons pu faire quinze mois de chirurgie infantile à l'hôpital Bretonneau, mieux qu'une reconnaissance vraie, c'est dire une respectueuse affection.

M. le professeur Brissaud dont nous avons été l'externe pendant huit mois à l'Hôtel-Dieu et qui nous a facilité l'étude des maladies nerveuses voudra bien agréer ici l'hommage de notre profonde reconnaissance pour la mansuétude dont il a bien voulu nous entourer.

Nous voulons nous souvenir également des six mois que nous avons passé chez M. le professeur Pozzi dans son service de l'hôpital Broca et le remer-

cier des soins qu'il a pris pour notre instruction gynécologique.

Veuille enfin M. le professeur Pinard chez lequel nous avons fait notre stage spécial d'accouchements et qui a eu l'extrême bienveillance d'être le juge de cette dernière épreuve, après en avoir été l'inspirateur, accepter ici nos remerciements et notre gratitude pour la peine et les soins quotidiens qu'il prend à l'instruction de ses élèves et dont nous avons profité.

Nous tenons pour finir à remercier particulièrement pour leurs excellents conseils MM. les docteurs Lœper, Paiseau, Bruandet, Jayle, Baussenat, Delestre, Mouchotte, Jeannel, qui ont été nos chefs de clinique, internes ou amis et mon frère André Cantonnet, qui m'ayant précédé dans les études médicales n'a jamais cessé de me prodiguer aides ou conseils.

CHAPITRE I

De l'expulsion dite lente.

Sous le nom d'expulsion lente, il convient d'entendre une expulsion fœtale dont la durée dépasse les limites habituelles des expulsions normales. Celles-ci se terminent généralement en 25, 30 ou 35 minutes si la durée en est calculée sur un certain nombre de cas dont on fait la moyenne.

C'est ce que nous nous sommes proposé de faire en notant pour 1000 femmes prises au hasard, c'est-à-dire à la suite, dans les volumes d'observations de la clinique Baudelocque (années 1903-1904) les durées de la période d'expulsion ; qu'il s'agisse de primipares ou de multipares, de cas normaux ou dystociques. Notre moyenne obtenue est de 36 minutes par expulsion.

Ce chiffre, sensiblement égal aux moyennes admises, nous permet une idée approchée de l'expulsion normale, mais il ne nous permettra point d'affirmer que toute expulsion dépassant en pareil laps de temps devra être considérée forcément comme lente. On a coutume d'admettre en effet qu'une expulsion dont la durée s'étend à une heure n'a rien de fort anormal, ni même au delà, surtout si la tête fœtale est en progression continue vers la vulve. Cette progression fût-elle même arrêtée ou ralentie pour

quelques instants par suite de la faiblesse des contractions utérines ou de la résistance des parties molles, il est de règle dans les services d'obstétrique et dans les traités spéciaux, de ne pas songer à l'application du forceps, c'est-à-dire, de considérer encore le cas comme devant avoir une issue naturelle favorable tant que la tête n'est pas restée deux heures sans progression.

Mais l'expulsion est souvent bien plus lente que cela et le praticien peut être, dans certains cas, fort embarrassé : Le travail a marché régulièrement pendant un certain temps, la dilatation a eu lieu plus ou moins rapidement, la tête a progressé, la rotation s'est faite, et l'on croit que la femme va accoucher pour peu qu'elle veuille *pousser*. La tête fœtale apparaît au moment de la contraction, puis rentre quand celle-ci a cessé. On a beau essayer (c'est inutile) de distendre le périnée avec le doigt, de faire la dilatation *pré-fœtale*, rien n'y fait ; il faut intervenir.

Varnier (1) a bien fait ressortir la nature de l'obstacle à cette période de l'accouchement ; il n'est point constitué par la résistance du périnée, c'est-à-dire de cette couche musculo-aponévrotique qu'on appelle le périnée ; mais bien par la résistance du coccyx à se laisser rétropulser ; c'est là *la véritable* cause du

1. Varnier. *Du détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical*. Th. Paris. 1888.

« retardement de la sortie de l'enfant à terme et vivant (1) ».

Farabeuf (2) a proposé la coccytomie dans le cas où cette résistance est insurmontable. « Il peut arriver, dit-il, qu'au moment où la tête fœtale, rotation faite, sollicite de la boutonnière pubo-coccygienne un agrandissement qui l'égale à ses diamètres sous-occipito-bregmatique d'abord, sous-occipito-frontal ensuite, le coccyx soit, par rigidité, incapable de se laisser rétropulser. La distance pubo-coccygienne qui est en moyenne de 85 millimètres à l'état de repos, doit augmenter d'environ 30 millimètres au moment du passage du front. Il n'est pas indispensable que l'articulation sacro-coccygienne jouisse de mouvements étendus, mais il faut que les deux premières ou grosses pièces du coccyx ne soient pas ankylosées, afin que la seconde joue librement d'avant en arrière, emportant avec elle les petites pièces terminales. Que faire en cas de rigidité ? Assouplir, forcer le coccyx en arrière à l'aide du pouce introduit dans le vagin ou dans le rectum. En cas d'ankylose ou de raideur invincible ? la coccytomie ».

On voit donc le rôle considérable joué par cette rigidité ; il est évident que la faiblesse des contractions utérines est un facteur important de la lenteur d'expulsion. La *barrure* enfin, due à ce que la vulve

1. Ribemont-Dessaignes et Lepage. *Précis d'obstétrique*, 5^e édition, page 1104.

2. Farabeuf. *Précis de manuel opératoire*. 1895, page 1060.

regarde trop en avant, pourra intervenir dans ce ralentissement, qu'à elle seule du reste elle peut suffire à provoquer.

L'accouchement du reste est un acte physiologique, une fonction, qui à ce titre ne saurait s'accomplir également chez des organismes ou des températures divers.

Une femme forte et vigoureuse, de constitution robuste, relativement bien musclée, devra avoir une expulsion plus rapide qu'une femme faible ou anémiée par quelque maladie antérieure.

Le diamètre de la tête fœtale doit avoir évidemment une assez grande influence de même que son orientation.

Mais une des causes qui interviennent le plus dans la rapidité de l'accouchement, c'est la multiparité. La primipare a une moyenne de durée d'expulsion beaucoup plus élevée et le nombre des forceps appliqués pour expulsion trop prolongée est beaucoup plus élevé chez celle-ci.

Du moins est-ce ce qui résulte de l'examen des fonctionnements, de la clinique Baudelocque que nous avons fait porter sur les années 1896, 1897, 1898, 1899, et 1900, et que nous avons résumé dans le tableau suivant.

TABLEAU I. — *Applications de forceps chez des femmes ayant le bassin normal.*

Années	Primipares	Multipares
1896	38	9
1897	45	6
1898	33	2
1899	31	11
1900	28	38
Total	175	66

Ce qui donne en moyenne une application chez les multipares contre 2, 7 chez les primipares.

C'est là d'ailleurs un fait d'observation courante, dans l'explication duquel nous n'avons pas à entrer, bien qu'il soit facile de s'imaginer le plus grand obstacle opposé à la tête par une filière non encore suivie.

On comprend donc les différences existant entre les cas particuliers les plus divers, et le fait qu'une expulsion, lente pour une femme, est rapide ou normale pour une autre. Il ne faudra donc point conclure à une lenteur vraiment exagérée chez une femme, pour la raison que son expulsion a déjà dépassé la durée habituelle.

Une semblable expulsion sera « dite lente », mais non point réellement lente, étant donné qu'il sera possible d'attendre encore, ce que M. le professeur Pinard a coutume de conseiller, de faire exécuter continuellement et ce qui, comme nous allons le voir aux chapitres suivants, n'entraîne aucun danger pour la mère ou l'enfant, lorsque, ainsi qu'il doit être, le forceps est tenu prêt et l'accoucheur sur ses gardes.

CHAPITRE II

*De l'attente possible dans l'expulsion dite lente avant
l'application du forceps.*

On ne saurait, après ce qui vient d'être dit, fixer une heure précise à laquelle il convient d'intervenir à main armée.

Les cas sont extrêmement variables, et seules, les données statistiques portant sur un grand nombre de faits peuvent renseigner à cet égard.

Après avoir passé en revue et par le détail, les cas où le forceps a été appliqué chez des femmes ayant le bassin normal, à la clinique Baudelocque, nous verrons à quel moment il fut appliqué et quelles furent les causes.

Nous examinerons la totalité des forceps appliqués pendant cinq ans (de 1896 à 1900 inclus) et le nombre des faits nous permettra de conclure avec certitude et d'affirmer. Il nous faudra par la suite exami-

ner, non plus les cas où le forceps fut appliqué, mais ceux où l'attente fut prolongée sans avoir recours à lui et où elle fut couronnée de succès. Ce second examen portera sur les 1.000 femmes prises dans les années 1903-1904 sans aucune espèce de choix, et sera appuyé par 14 observations, relatant des attentes inermes de plus de 3 heures.

En 1896, le nombre des forceps appliqués à la Clinique Baudelocque a été tant chez les multipares que chez les primipares de 47 sur 2.270 accouchements.

En 1897 de 51 sur 2.134 accouchements.

En 1898 de 35 — 2.305 —

En 1899 de 42 — 2.506 —

En 1900 de 38 — 2.442 —

Ce qui donne 213 applications de forceps sur 11.658 accouchements soit une moyenne de : une application de forceps pour 54, 2 accouchements, moyenne qui, comme on le voit, est extrêmement faible et dont la faiblesse est due à ce qu'aucun forceps n'a été appliqué, que son application n'ait été au préalable reconnue indispensable.

On pourra se rendre compte par le tableau suivant de la durée des attentes qui furent faites dans ces différents cas avant que les applications n'aient été décidées.

TABLEAU II

Durée du temps qui s'est écoulé entre la dilatation complète et le moment de l'intervention.

Années	Moins de 1 heure	Entre 1 et 2 h.	Entre 2 et 3 h.	Entre 3 et 4 h.	Entre 4 et 5 h.	Entre 5 et 6 h.	Entre 6 et 7 h.	Entre 7 et 8 h.	Entre 8 et 9 h.	Entre 9 et 10 h.
1896	8	5	6	2	5	3	6	1	—	1
1897	3	3	7	6	5	8	3	3	2	2
1898	3	2	2	5	5	5	3	4	2	—
1899	5	2	4	5	7	1	3	1	—	—
1900	3	2	5	6	2	3	—	—	—	1
Total	22	14	24	24	24	20	15	9	4	4

Comme on le voit par le tableau qui précède, le forceps a été appliqué le plus souvent entre 3 et 6 heures après la dilatation complète du col. 28 fois même on a attendu jusqu'à 9 heures avant d'intervenir et quatre fois jusqu'à 10 heures.

Ce sont là sans doute des cas tout à fait exceptionnels mais qui méritaient d'être cités, vu l'excellent enseignement qu'ils comportent pour le praticien, surtout si l'on songe que sur ces 213 applications 19 enfants seulement sont morts pendant le travail, ou plusieurs jours après, ce qui ne donne pas une mortalité de 9 o/o. On verra d'ailleurs plus loin, dans l'énumération des causes ou constatations qui avaient entraîné l'intervention, que ce n'est pas de par l'attente elle-même qu'ils ont été mis en souffrance, mais par des complications intercurrentes.

En recherchant en effet les causes pour lesquelles ces interventions furent décidées nous trouverons une fort utile indication générale de l'application du forceps dans les cas qui nous intéressent, et nous pourrions affirmer qu'il n'y a point lieu de songer à la terminaison artificielle en dehors des complications ou des considérations suivantes :

1° En 1896, 10 forceps ont été appliqués pour défaut de progression de la partie fœtale ;

En 1897, 14 fois pour les mêmes raisons ;

En 1898, 7 fois ;

En 1899, 14 fois ;

En 1900, 11 fois ;

2° Modifications des bruits du cœur :

En 1896, 24 fois ;

En 1897, 19 fois ;

En 1898, 19 fois ;

En 1899, 14 fois ;

En 1900, 4 fois.

3^e Impotence fonctionnelle, 1896-7; 1897-6; 1898-6; 1899-6; 1900-17.

Ce sont là en effet les trois plus grandes causes d'intervention, puisqu'elles donnent dans les cinq années sur lesquelles porte notre relevé, 178 sur les 213 indications reproduites.

La cause la plus fréquente d'intervention est, parmi les trois grandes qui précèdent la modification des bruits du cœur fœtal, puisque 80 fois sur 213 c'est d'elle qu'il s'agit, c'est-à-dire une fois sur 2,66.

Vient ensuite le défaut de progression de la tête qui porte à son actif 56 indications sur 213, c'est-à-dire une fois sur 3,12.

Ensuite, toujours par ordre de fréquence, l'impotence utérine, 25 fois sur 213, soit avec une moyenne de une fois sur 8,6.

Avant d'affirmer toutefois l'existence de cette impotence fonctionnelle il a été souvent attendu plus de 6 et 7 heures, quelquefois même de 8 et au delà comme en fait foi le tableau général placé à la fin du présent chapitre (tableau IV).

Parmi les autres causes qui surviennent parfois, quoique moins fréquemment, et dont le résultat est d'entraîner une application de forceps, il nous faut signaler encore la déflexion de la tête qui apparaîtra peu fréquente dans le tableau n° 3.

L'état général de la femme joue également un rôle intéressant. Bien qu'exhortée à la patience et le moral soutenu par son accoucheur, il n'est pas rare de la voir s'énervier, se plaindre, se lamenter même

parfois et donner l'impression d'une douleur tellement intense et si prolongée, qu'il y a lieu de se demander, le cas échéant, s'il n'y a pas en quelque sorte indication morale à hâter l'œuvre naturelle. Indépendamment de cette dépression morale, l'état physique peut devenir parfois impressionnant. La femme faiblit, devient pâle, a le facies anxieux ou syncope. Bien que relativement rare c'est là une cause qui a son importance et que nous retrouvons trois fois sur 213, soit environ une fois sur 70.

Deux accouchements ont été hâtés par une application de forceps chez des femmes cardiaques.

Un dégagement en O. S. et un cas de procidence du cordon ont également nécessité l'intervention, mais il faut reconnaître que ce sont là des causes exceptionnelles qui ne peuvent guère entrer en ligne de compte.

Quoiqu'il en soit nous avons jugé utile de résumer ces différentes causes avec leur fréquence en un tableau (n^o III) qui en rendra la lecture plus facile.

TABLEAU III

Causes ayant nécessité des applications de forceps chez des femmes à bassin normal.

Années	Modificat. des b. d. c.	Défaut de progression	Impotence fonctionn.	Réflexion de la tête	Etat général	Cardiaques	Dégagement en O. S.	Procidence du cordon	Décollement prématuré du placenta
1896	24	10	7	1	1	»	1	2	1
1897	19	14	6	»	»	2	»	»	»
1898	19	7	6	3	»	»	»	»	»
1899	14	14	6	1	»	»	»	»	»
1900	4	11	17	1	»	»	»	»	1
Total	80	56	41	6	1	2	1	2	2

Quelles qu'aient été d'ailleurs les causes pour lesquelles les interventions ont été jugées nécessaires, il est remarquable que, sauf de très rares exceptions, on ne s'est résolu à appliquer le forceps qu'en déses-

poir de cause pour ainsi dire, et seulement quand il y a eu danger d'ordre quelconque.

Dans le tableau suivant qui résume les durées des expulsions, l'âge des femmes, leur température, le poids des fœtus, et leur état au moment de l'extraction, nous avons eu pour but de faire ressortir le bon état de la mère et de l'enfant, dans la presque totalité des cas où l'on a su attendre si heureusement jusqu'au bout.

Dans ce but et vu le trop grand nombre des cas, nous n'avons cité que les cas où l'attente avait été d'au moins quatre heures, le tableau ne pouvant être de par là que plus démonstratif.

TABLEAU IV

Années	N ^o des observ.	Age.	Durée de l'expulsion.	Température.	Poids du fœtus.	Etat du fœtus.
1896	144	26	5 h. 40	N	3.530	V
	357	26	4 h. 25	N	2.850	V
	569	18	6 h. 20	N	3.885	V
	681	26	6 h. 25	N	2.900	V
	753	23	6 h. 10	39° le 13 ^e jour	3.530	V
	856	31	7 h.	N	2.870	V
	881	23	5 h.	39° le 5 ^e jour	3.710	V
	1017	34	8 h.	N	2.540	V
	1095	26	7 h.	N	3.210	M
	1161	31	4 h.	N	2.830	V
	1285	24	4 h. 10	1 fois 38°2	3.600	V
	1665	20	5 h. 55	N	2.700	V
	1702	28	5 h. 10	N	3.010	V
	1748	19	6 h. 30	38°39	3.500	V
	1852	27	4 h. 30	N	3.125	V
	1979	27	9 h. 15	N	3.210	V
	2145	34	5 h. 30	N	2.860	V

Années	Nos des observ.	Age.	Durée de l'expulsion	Température.	Poids du fœtus	Etat du fœtus
1897	2	23	6,15	Path.	2930	V
	222	27	5,45	38	2650	V
	463	31	9,15	37,5	3500	V
	571	21	6,45	N	3100	V
	727	18	5,35	38	3590	V
	752	33	7.	N	2800	V
	802	38	4,20	37,5-38	2680	Mort-né
	928	21	5,15	38,5	2920	V
	1288	28	5,15	39 ma.	4100	V
	1362	36	7,50	N	3340	V
	1368	39	8,15	N	3050	V
	1429	22	9,5	37,6	3140	V
	1530	32	4,30	N	2800	V
	1635	16 1/2	7,30	N	3350	V
	1660	29	6,30	N	2350	M. le 12 ^e j.
	1721	25	5,40	N	3470	V
	1756	23	5,40	N	4020	V
	1760	19	5,50	N	3050	V
1898	10	26	5,25	N	3050	V
	157	23	5,50	N	4150	V
	318	66	6,15	N	3050	V
	542	21	7,30	T. 40°6 6 ^e jour	3900	V
	760	29	4,35	38,2	3700	V
	1214	23	6,30	N	3800	M
	1291	29	5,5	N	4380	V
	1420	28	6.	N	3000	V
	1577	18	5,5	N	3150	V
	1615	26	7,40	N	3600	V
	1853	21	4,15	N	3680	V

Années	N ^{os} d'obs.	Age.	Durée de l'expulsion.	Température.	Poids du fœtus.	Etat du fœtus.
1899	1859	21	4 h. 30	N	2.420	V
	1884	27	7 h.	N	3.450	V
	2092	20	8 h. 40	N	2.880	V
	2120	25	7 h. 30	N	3.020	V
	2231	35	8 h. 40	N	2.700	V
	750	24	5 h.	N	3.360	V
	1635	22	4 h. 40	N	2.180	V
	1264	36	4 h. 50	1 fois 38,2	2.840	V
	1412	44	6 h. 40	N	3.500	V
	1531	29	7 h. 10	N	3.460	V
	1567	24	6 h. 50	N	3.520	V
	1883	21	4 h.	N	3.120	V
	1907	37	4 h. 45	Path. 5 ^e jour	2.650	V
	1954	33	6 h. 20	N	3.520	V
	2208	25	4 h. 50	N	3.320	V
1900	2249	31	5 h. 30	N	2.710	V
	433	26	6 h.	N	3.330	V
	546	23	6 h.	N	2.650	V
	703	24	10 h. 5	N	3.360	V
	711	30	4 h. 35	1 fois 39	4.550	V
	848	38	3 h. 25	N	2.790	V
	958	30	6 h. 30	N	4.170	V
	1426	23	4 h. 55	N	4.000	V
	1505	20	4 h.	1 fois 38,2	3.800	V
	1675	23	4 h.	N	3.780	V
	1900	35	4 h.	N	3.540	V
	1997	35	4 h. 40	N	3.520	V
	2052	24	5 h. 5	N	3.120	V

Comme on peut le voir dans ce tableau, en examinant la colonne où l'état du fœtus après l'extraction se trouve mentionné, il y a eu trois morts pour les 74 cas cités. Ce qui donne une moyenne de 4 o/o. Or, nous savons que la moyenne des morts pour la totalité des forceps pour des bassins normaux était

d'environ 9 0/0 pour les cinq années envisagées. Les 74 cas que nous avons cités seulement ont été choisis uniquement parce que la période d'attente avant l'application avait été plus longue, c'est-à-dire de 4 heures au moins.

Si donc, en constatant que le plus grand nombre des morts se trouve dans les cas où il avait été attendu beaucoup moins avant l'application, on ne peut conclure que celles-ci ont été le fait d'une plus grande précocité dans l'intervention, du moins, pouvons-nous affirmer que les longues attentes n'ont pas été dans les cas lents de notre tableau la cause directe des 3 morts que nous y relevons.

D'ailleurs sur ces trois morts, deux au moins ne peuvent être imputées à l'attente prolongée. Dans l'observation 1530 de l'année 1897 et dans l'observation 1095 de l'année 1896, la mort est survenue subitement plusieurs jours après la naissance, l'enfant s'étant jusque-là bien porté. Or des accidents dus à l'attente seraient apparus plus tôt, sinon à la naissance même. Dans la deuxième de ces observations d'ailleurs (1095) la mère est reconnue tuberculeuse.

Dans la troisième observation concernant notre dernier cas de mort, l'enfant est mort le douzième jour après la naissance. Dans ce cas-là, le forceps avait été appliqué pour longueur exagérée de la période d'expulsion (10 h. 30) et pour faiblesse utérine à peu près complète. Nulle inquiétude n'était venue au sujet de l'enfant, les bruits du cœur ayant été reconnus bien frappés et non ralentis.

Comme il sera facile de s'en convaincre également par la lecture du tableau précédent, on ne peut accuser la durée prolongée volontairement de la période d'expulsion, de l'élévation de température, lorsqu'elle est survenue chez la mère.

Cette élévation de température ne présente aucune relation d'effet à cause avec la durée d'expulsion. Dans un cas il s'agit d'une légère infection nécessitant un curettage ; dans un autre, une lymphangite du sein porte la température à 38°6 et à 39°,2. En aucun cas la prolongation de la période d'expulsion ne peut être incriminée.

En dehors des températures qui, seules parmi les symptômes généraux, sont mentionnées dans notre tableau, il sera facile de se convaincre par la lecture détaillée des observations, dont nous indiquons plus haut les numéros dans ce but, qu'aucune des femmes ayant poussé aussi longtemps sans résultat n'a souffert par la suite d'une façon grave et que toutes, sans exception, ont quitté la clinique en excellent état.

Nous pouvons donc admettre désormais qu'on peut attendre sans dommages ni dangers d'aucune sorte et qu'on peut laisser lutter la nature fort longtemps avant d'accourir à son aide. Dans tout le chapitre présent, nous avons vu en quelque sorte l'hésitation systématique refusant l'intervention à des cas de bassins normaux puisqu'aucun symptôme de souffrance n'inquiétait pour la mère et l'enfant, et qu'il était en bonne logique permis d'espérer la solution naturelle.

Force fut cependant d'intervenir dans la totalité de ces cas, de formelles indications s'étant imposées.

Le forceps mis et les fœtus extraits, nous avons vu que l'attente ne fut en rien préjudiciable.

CHAPITRE III

De certains cas d'expulsion dite lente, terminés sans forceps.

Nous voulons maintenant rechercher les cas dans lesquels l'attente fut conseillée, l'expulsion plus ou moins lente et la solution complètement heureuse. Nous avons, dans ce but, pris indistinctement 1000 femmes à la suite dans les registres de Baudelocque en notant pour chacune la durée des périodes d'expulsion et relevant les observations qu'on trouvera à la fin de cette étude, pour tous les cas un peu prolongés.

La moyenne de la durée de la période d'expulsion est, avons-nous dit, de 36 minutes. C'est du moins le chiffre trouvé par nous et bien que peut-être un peu fort, nous pouvons l'admettre comme exact.

Mais il faut remarquer qu'il a été obtenu en calculant indistinctement sur des cas de primipares et de multipares. Le chiffre obtenu pour les primipares seulement serait, à coup sûr, plus élevé. Quoiqu'il en

soit, on ne peut guère estimer qu'une expulsion est spécialement lente, si les efforts n'ont pas lieu depuis déjà 1 heure ou 1 heure 30. Ceci devant être encore plus juste chez les primipares. Passé deux heures, l'expulsion est certainement lente, et c'est habituellement vers ce chiffre que les partisans du forceps et les non-interventionnistes se séparent.

Nous allons voir, d'après le tableau suivant, combien de fois sur les mille cas qui nous occupent ce chiffre a été dépassé ou atteint.

TABLEAU V

h.	2-2,30	2,30-3 h.	3 h 3,30	3,30-41	4 h. 4,30	4,30-5 h.	5-5 h. 30
-1903	1857-1903	1800-1903	1770-1903	1766-1903	1933-1903	2145-1903	430-1904
»	1897 »	1834 »	1771 »	292-1904	2049 »		692 »
»	2007 »	1854 »	1900 »		364-1904		
»	2102 »	1979 »	1908 »		449 »		
»	2123 »	2085 »	1946 »		480 »		
-1904	56-1904	298-1904	2160 »		508 »		
»	86 »	269 »	9-1904				
»	203 »	488 »	49 »				
»	208 »	523 »	80 »				
»	278 »		134 »				
	314 »		238 »				
	477 »		330 »				
	521 »		349 »				
	564 »		448 »				
			451 »				
			530 »				
			589 »				
10	14	9	17	2	6	1	2

1. Les 1000 observations relevées sont prises dans les registres 1903 (3 derniers mois) et 1904 (4 premiers mois).

2. Dans le tableau V, les cas sont marqués d'après les numéros d'observations.

Nous trouvons donc dans ce tableau 61 cas où l'expulsion a duré plus de deux heures, ce qui donne 16,30 o/o d'expulsion dite lente. En aucun de ces 61 cas le forceps n'a été appliqué et il est facile de voir, d'après la lecture des observations ci-après, qu'il n'y a eu à cela aucun inconvénient. Il n'y a eu en effet aucun cas de mort à la suite.

Il y a eu douze fois sur ces 61 cas des lésions vulvaires ou vulvo-périnéales mais jamais assez étendues pour nécessiter plus de trois points. Nous ne croyons d'ailleurs pas que la longue durée de l'expulsion puisse en être la cause, car nous avons relevé dans nos 939 autres observations, 62 cas où des points de suture ont dû être pratiqués ce qui bien que donnant un pourcentage un peu plus faible, prouve néanmoins qu'il n'y a pas de rapport entre la durée d'expulsion et la lésion vulvo-périnéale. Nous avons d'ailleurs 21 cas où un ou deux points de suture ont été faits et dans lesquels il s'agit d'expulsions ayant duré cinq ou dix minutes.

Nous trouvons en outre chez ces 1000 femmes, outre des applications de forceps pour des cas de bassins rétrécis, deux cas d'application chez des femmes ayant le bassin normal, l'un d'eux étant relaté dans l'observation VI. Comme dans les cas étudiés au chapitre précédent il n'y eût rien de fâcheux dans les suites. On en peut donc conclure une fois de plus qu'il est toujours temps d'appliquer le forceps à moins d'indications spéciales qui précipitent l'intervention.

Dans notre statistique personnelle nous ne retrouvons donc que deux cas où l'application ait été rendue indispensable. Dans un cas il s'agissait d'absence de progression ; dans l'autre d'une atonie utérine à peu près complète et de contractions insuffisantes et de plus en plus espacées malgré une attente de 7 heures (1).

Il n'en est pas moins vrai que dans 61 autres cas, on n'a pas eu recours à l'intervention et que les prévisions faites au sujet d'une bonne expulsion naturelle se sont trouvées réalisées.

Nous pourrions citer à l'appui un certain nombre de cas en présence desquels plusieurs praticiens ont été mis, et dans lesquels, ne trouvant aucune indication formelle d'intervention, ils ont su attendre un certain nombre d'heures (3 h. 20 dans un cas, 3 h. 50 et 4 h. 25 dans d'autres) et dans lesquels chaque fois, l'expulsion s'est faite naturellement et sans le moindre inconvénient.

Nous ne relatons qu'une de ces observations (celle qui porte le n° 15), la seule que nous ayons pu nous procurer détaillée.

1. Nous n'avons pas mis dans ce tableau deux cas où le forceps a été appliqué après une attente de 7 heures dans un cas et de 5 h. 15 dans l'autre.

CHAPITRE IV

Il nous paraît maintenant utile d'ajouter à notre étude, un résumé des principaux inconvénients auxquels donne souvent lieu l'application du forceps, surtout, ainsi qu'il arrive trop fréquemment, quand elle est faite par des mains inhabiles.

Nous ne voudrions cependant pas oublier les services qu'il rend chaque jour, permettant évidemment une terminaison plus rapide dans les cas d'éclampsie, d'hémorrhagie grave, de rupture utérine en particulier.

C'est d'autres fois une cardiaque avec cœur forcé, avec menace d'asystolie aiguë qu'il convient de secourir au plus vite, son état général ne permettant aucune perte de temps.

Certaines emphysémateuses ou tuberculeuses réclament l'intervention au même titre.

En présence d'une hernie volumineuse aucune hésitation ne sera de même autorisée.

La même indication se trouvera dans tous les cas où le fœtus commence à souffrir, que le liquide am-

niotique rendu vendâtre par le rejet du méconium s'écoule pendant l'expulsion, ou que le cœur subitement sourd, mal frappé, ralenti ou accéléré dans l'intervalle des contractions, viennent donner l'éveil.

Dans tous ces cas, le forceps sera d'un grand secours pour faciliter l'accouchement, de même s'il y a trop grand retard, et nous l'avons vu dans les différents cas signalés au chapitre II, s'il y a trop grand retard par suite d'un excès de volume total ou partiel du fœtus, par suite au contraire d'un trop faible volume permettant à la tête de se défléchir et de mal subir les contractions utérines, que celles-ci soient trop faibles, ou qu'elles s'exercent ainsi qu'il arrive fréquemment dans les postérieures sur un fœtus en position peu favorable, ou qu'il y ait enfin véritable dystocie des parties molles, résistance exagérée, véritable barrure du plancher musculaire.

Indépendamment de son rôle ocytocique supplémentaire, d'ailleurs fort discuté, il faut donc être reconnaissant au forceps de tout le bien qu'il fait pour ne critiquer son emploi que dans les cas inutiles, les seuls que nous ayons étudiés.

Le praticien pourrait évidemment invoquer, non sans apparence de raison, que dans beaucoup de ces cas il y a doute, qu'il est fort délicat d'affirmer après trois heures d'attente que l'heure suivante ou les heures suivantes verront l'issue naturelle et heureuse d'un problème dont la solution ne s'est pas annoncée jusque-là, bien qu'elle en ait eu largement le temps, et que, dans ce doute, l'abstention est d'une efficacité

problématique, étant donné surtout l'innocuité relative de l'intervention.

Mais précisément, malheureusement aussi, l'innocuité du forceps n'est que relative. Si dans les mains les plus expérimentées, appliqué par les spécialistes les plus compétents, il a pu donner lieu à quelques accidents, rares d'ailleurs, et de peu de gravité la plupart du temps, il faut savoir combien souvent en d'autres lieux et d'autres circonstances il y a eu de pages noires dans son histoire.

La mère et l'enfant peuvent en souffrir.

Les différentes variétés de déchirures du périnée (médiane, latérale, etc.) ont été observées fréquemment, non pas toujours limitées, et ne nécessitant que quelques points de suture, mais parfois étendues, complètes, intéressant le rectum, et le chiffre des périnéorraphies faites dans les services spéciaux est élevé.

Les déchirures du vagin au tiers inférieur, moyen, ou dans sa totalité (1), s'observent parfois, ces dernières moins souvent. Et cependant « la rupture dans le cul-de-sac vaginal peut aller au point de séparer presque en entier l'utérus du vagin ». M. le professeur Budin a rencontré deux fois cette circonstance, et dans les deux cas elle avait été produite par de violentes manœuvres de forceps (2).

1. Cadiergues. *Contribution à l'étude des déchirures obstétricales du col.*

2. Budin. *Lésions chez la femme dans les accouchements artificiels.* Thèse d'agrégation 1878.

Le professeur Pajot cite également un cas de rupture totale du vagin dans les mêmes circonstances et à la suite d'une application maladroite de forceps (1).

Sans aller jusqu'à un semblable degré de gravité d'autres lésions du vagin ont été observées dans un certain nombre de cas, entraînant après elles douleurs, fatigues continues ou infirmités. On peut citer parmi celles-ci des eschares à siège variable (2), des inflammations du tissu cellulaire périvaginal, avec suppurations prolongées suivies même dans certains cas de brides fibreuses cicatricielles ayant eu plusieurs fois pour résultat de véritables oblitérations du canal vaginal, ce qui constitue bien une déplorable infirmité.

L'utérus, lui aussi, a été souvent intéressé, surtout dans sa portion vaginale où des déchirures ont été observées résultant d'un pincement latéral par le forceps. Velpeau s'exprime ainsi à ce sujet : « Appliqué sur la tête qu'il semble coiffer, le col est facilement pincé par le forceps et détaché de sa circonférence externe, soit d'un côté seulement, soit avec les deux cuillers en même temps. Il en résulte alors une ou plusieurs boutonnières, de larges brides ou des lambeaux qui se rétractent considérablement après

1. Pajot. *De l'abus du forceps dans les accouchements laborieux*. Gazette des hôpitaux, 1861.

2. Velpeau. *Traité de l'art des accouchements*. Art. II, p. 195.

la délivrance » (1). L'auteur en a vu trois exemples. Dans l'un, « l'extrémité des quatre doigts pouvait pénétrer dans la bride et les parois utéro-vaginales ».

On a plusieurs fois noté également des lésions d'organes et de tissus situés dans le voisinage du canal génital, ce qui montre jusqu'où peuvent s'étendre les méfaits de mauvaises applications.

Les organes urinaires ont été lésés et des fistules observées, le plus souvent vésico-vaginales, d'autres uréthro-vaginales seulement, ces dernières moins gênantes, l'urine ne s'écoulant en ce cas que pendant la miction. On a mentionné également des variétés fistulaires : vésico-utérines, uretéro-utérines et uretéro-vaginales.

Plus fréquemment peut-être le rectum a été ouvert par des déchirures recto-vaginales, soit par le mécanisme de l'éclatement pendant l'intervention, soit dans la suite par eschare.

L'intestin grêle rarement, différents vaisseaux plus souvent, figurent aussi parmi les organes blessés.

Bianchi et Lefebvre (Thèse de Paris, 1867 et 1876) citent de plus parmi les lésions nerveuses observées des paralysies traumatiques des membres inférieurs chez les nouvelles accouchées.

Nous n'insisterons pas sur les lésions osseuses beaucoup plus rares parmi lesquelles la disjonction

1. Lallemand. *Des eschares vulvaires après l'accouchement.* (1892-1893).

de la symphyse pubienne, quelques fractures du bassin et deux cas de rupture complète des pièces sacro-coccygiennes ont été signalés.

Du côté de l'enfant, on remarque peut-être encore un plus grand nombre de lésions ou troubles possibles. Il s'agit parfois d'épanchements sanguins à la surface du cerveau, de déchirures des fontanelles.

On a noté l'énucléation des yeux hors des orbites, des plaies tégumentaires et du cuir chevelu sont très fréquentes (1).

Des blessures de la tête avec ecchymose ont été également signalées un grand nombre de fois, des plaies suivies de cicatrices, quelques cas rares de décollement de l'oreille.

On a discuté quelques cas de céphalématome qui pour certains auteurs auraient été dus à une maladroite application de forceps (2).

D'autres fois, il s'est agi d'enfoncement des os du crâne avec ou sans fracture, l'enfoncement sans fracture ayant pu aller jusqu'à quatre et cinq lignes d'après Baudelocque, six à sept d'après Velpeau, ces enfoncements ayant entraîné dans deux cas un décollement étendu de la dure-mère, dans d'autres une déformation persistante de la voûte crânienne.

Dans les cas où il y a eu fractures concomitantes,

1. Tarnier. *Nouveau dictionnaire de médecine et chirurgie pratique* (1872, art. forceps).

2. Zancarol. *Des accidents du seigle ergoté et des applications de forceps pendant l'accouchement* (1864).

elles ont siégé par ordre de fréquence sur le pariétal, le temporal et l'occipital (1).

On a également observé chez des fœtus ayant été extraits artificiellement au moyen du forceps et avec des degrés de fréquence variables, des lésions ecchymotiques des paupières, des fractures de la mâchoire inférieure et des torsions du cou plus ou moins accentuées.

Quant aux compressions du cordon, ainsi que les paralysies de la VII^e paire, ou celles du plexus brachial, nous ne saurions y insister, car elles sont connues de tous et ont été étudiées par un grand nombre d'auteurs.

On le voit donc par ce qui précède, le forceps n'est pas l'instrument inoffensif par excellence, et sans vouloir noircir à plaisir l'idée qu'on peut se faire de lui en insistant par trop sur une longue série d'accidents possibles, nous sommes bien obligé de reconnaître que l'hésitation relative à son emploi doit être la règle dans les cas douteux.

Au surplus, nous avons cru qu'il pouvait être intéressant de constater (tableau VI) l'augmentation du nombre des applications de forceps faite en 30 ans depuis le milieu du siècle. Ce tableau emprunté à Darras (2) s'arrête en 1877 et donne à cette époque une proportion de 1 application sur 52,2 accouche-

1. Zancarol. *Des accidents du seigle ergoté et des applications de forceps pendant l'accouchement* (1864).

2. Darras. *Applications du forceps chez les multipares. Etude statistique* (Thèse de Paris 1894).

ments, pratiqués sur des femmes ayant le bassin normal.

Nous avons vu par nous-même que plus récemment encore (1896 à 1901) la moyenne dans les mêmes circonstances est de 1 forceps sur 54,2 accouchements. Notre moyenne est donc presque la même que celle de 1877.

Il y a là un rapprochement intéressant à faire : c'est qu'étant montée pendant 30 ans de $1/204$ à $1/52$ la moyenne des applications n'a plus augmenté pendant les 20 années qui ont suivi.

Les chiffres n'ont d'ailleurs là qu'une valeur minime, car les circonstances qui peuvent les faire varier sont extrêmement nombreuses, aussi ne doit-on y attacher qu'une valeur secondaire.

Cependant ils montrent que si dans les dernières années de cette statistique (tableau VI) les accoucheurs ont eu plus souvent recours au forceps, cette opération n'est pas aussi fréquente que la pratique de certains médecins pourrait le faire croire.

TABLEAU VII

Maternité. Bassins normaux.

Années	N. total d'accouch.	Forceps.	Proportions.
1848	3074	18	I sur 204
1849	2930	14	I — 205
1850	2809	25	I — 117-9
1851	2999	24	I — 124-9
1852	2635	15	I — 175-6
1853	2621	11	I — 238-2
1854	3108	29	I — 107-1
1855	2286	28	I — 81-6
1856	2252	17	I — 132-4
1857	2025	13	I — 135-7
1858	2234	26	I — 85-9
1859	2102	11	I — 191
1860	2032	22	I — 92-3
1861	2126	22	I — 96-6
1862	1520	22	I — 69
1863	2011	9	I — 233-4
1864	1529	22	I — 69-5
1865	1803	16	I — 50-1
1866	1011	17	I — 59-4
1867	1095	17	I — 64-4
1868	1282	24	I — 53-4
1869	999	14	I — 71-3
1870	1117	13	I — 85-5
1871	792	11	I — 72-2
1872	1135	26	I — 43-6
1873	1408	26	I — 54-1
1874	1384	20	I — 69-2
1875	1225	19	I — 64-4
1876	1164	14	I — 83-1
1877	1545	20	I — 52-2
	55355	565	I — 97

En résumé, nous pouvons conclure, après avoir passé en revue les accidents possible du forceps, en donnant l'opinion de Tarnier :

« Dans les cas simples, le forceps est un instrument exempt de danger *s'il est bien manié* ; néanmoins les résultats qu'il donne ne peuvent pas être complètement assimilés à ceux d'un accouchement purement naturel, aussi ne doit-on recourir à son emploi que lorsque l'impuissance de la nature est bien constatée et qu'on a la *conviction absolue* qu'une expectation plus longue deviendrait nuisible à la mère et à l'enfant ».

M. le professeur Pinard a également écrit dans son article *Forceps* du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales* qu'on ne pratiquait jamais *impunément* une application de forceps même dans les cas simples. Il nous a d'ailleurs été donné de l'entendre souvent professer la même idée.

OBSERVATION I

N° 1766 du registre de 1903.

Il s'agit d'une primipare entrée à la clinique Baudelocque le 13 octobre 1903, de parents, dit-elle, bien portants, ayant un frère réformé pour faiblesse de constitution. Réglée à 13 ans régulièrement, sauf quelques irrégularités vers l'âge de 16 ans. S'est reposée 13 jours à l'hospice d'Ivry. Le bassin est normal, et le fœtus en gauche a les bruits du cœur normaux.

Le 20 octobre, à 4 heures du soir, les membranes se rompent spontanément. Les contractions utérines apparaissent à 10 heures du soir. A son entrée dans la salle de travail la dilatation est de 1 fr., la tête très engagée en GA. Les bruits du cœur sont bons.

A 8 heures du matin, dilatation d'une petite paume. Les contractions utérines sont extrêmement rares. Atonie de l'utérus à peu près complète. Des injections vaginales chaudes et fréquentes. A 3 heures, un bain d'une heure est donné. A minuit la dilatation se complète. La tête repose sur le plancher périnéal. Bosse séro-sanguine volumineuse. La femme commence à pousser, les contractions tout en étant rares se rapprochent de plus en plus, toutes les 10 minutes environ.

A 3 h. 45 expulsion d'un enfant de 2930 grammes.

Les diamètres de la tête sont les suivants :

OM	12,8
OF	10,7
SOB	9,2
SOF	10,4
BIP	9,4
BIT	7,8
SMB	10,3

La période d'expulsion a duré 3 h. 45. Il n'y a aucune lésion vulvaire. L'enfant a eu les jours suivants une augmentation régulière de poids.

OBSERVATION II

N° 1800 du registre 1903.

Primipare, n'ayant rien de spécial dans ses antécédents. Entre le 26 octobre à la clinique Baudelocque après s'être reposée depuis un mois. Léger œdème des membres inférieurs. Traces d'albumine. Le bassin est normal. Présentation sommet. Position GA. Ne peut préciser l'heure de ses premières douleurs. La dilatation est complète le 28 octobre à minuit. La rupture artificielle est faite à ce moment. B. D. C. bons.

Le fœtus est expulsé à 2 h. 50 du matin, après une période d'efforts de 2 h. 50. Aucune lésion vulvaire. Fille de 3350 grammes bien portante.

OBSERVATION III

N° 1900.

Primipare entrée le 14 novembre 1903 à la clinique. Concierge, se fatigue peu. Position et variété OIGA. Bassin normal. Auscultation bonne. Les membranes se sont rompues prématurément le 14 novembre à 7 heures du matin. Le liquide amniotique était verdâtre. Les contractions sont rares à partir de 5 h. 1/2 du matin, heure à laquelle la dilatation est complète. L'expulsion a lieu après une durée de 3 h. 15, pendant laquelle les bruits du cœur sont bons. Aucune lésion vulvaire. Fille de 2910 grammes bien portante.

OBSERVATION IV

N° 1908.

Primipare sans aucun antécédent spécial. S'est reposée les trois derniers mois. Position GA. Auscultation bonne à son entrée à la clinique le 16 novembre. Le travail commence le 16 novembre à 4 heures du matin. La dilatation est complète à 3 heures du soir. A 6 h. 25 du soir expulsion d'une fille de 3470 grammes après une durée d'expulsion de 3 h. 25. Aucune lésion vulvaire. Enfant bien portant.

OBSERVATION V

N° 1934.

Primipare entrée à la clinique le 20 novembre 1903, envoyée par le professeur Guyon chez lequel elle était traitée pour cystite. Douleurs rénales très violentes du 18 au 20.

Le 20, à 2 heures du matin, dilatation complète. Douleurs très vives. Après une période d'expulsion de 4 h. 15, enfant de 3250 grammes bien portant. Aucune lésion vulvaire.

Après l'accouchement les douleurs rénales si violentes jusqu'au début du travail n'ont pas reparu. La température montée à 39° le lendemain soir de son accouchement est retombée à 37°,6 le surlendemain, et est demeurée normale par la suite.

OBSERVATION VI

N° 2142, année 1903.

Primipare entrée le 27 décembre à la clinique Baudelocque. S'est reposée deux mois chez elle et un mois à l'asile de l'avenue du Maine. Position et variété OIDP. Bassin normal.

Le travail commence le 27 décembre à 5 heures du soir. La dilatation complète a lieu le 28 à 10 h. 45 du matin.

Chez cette femme les contractions utérines sont particulièrement lentes et espacées. La tête qui, à la dilatation complète était en DA, termine lentement sa rotation complète. Une heure après la tête est en OP et reste ainsi sans faire aucun progrès. Mais toutefois les bruits du cœur restent bons. Les contractions sont très faibles et s'espacent de plus en plus. A 3 h. 1/2 du soir, après une attente de 4 h. 45, une application de forceps est décidée et est faite en occipito-antérieure directe. Une déchirure vulvo-périnéale nécessite trois points de suture.

L'enfant pèse 3650 gr. et son état physique est excellent.

L'état de la mère à sa sortie, dix jours après, est normal.

OBSERVATION VII

No 9, année 1904.

Primipare entrée à Baudelocque le 31 décembre 1903. Ne présentant rien d'anormal dans ses antécédents. Ses urines ont été examinées pendant sa grossesse et ont révélé la présence de traces d'albumine. Au moment de l'accouchement on en retrouve également une faible quantité.

Position et variété GA, bassin normal. Auscultation bonne.

La dilatation complète a lieu le 2 janvier à 6 heures du soir et la rupture artificielle est faite à ce moment. Les contractions sont peu énergiques et espacées. La femme, de plus, pousse mal. A 9 heures 20 du soir elle expulse un garçon de

3600 grammes après une durée d'expulsion de 3 h. 20 minutes. Deux points de suture sont faits.

L'enfant et la mère sont en excellent état le jour de leur sortie.

OBSERVATION VIII

Obs. 211. Reg. 1904.

Primipare entrée le 7 février à la salle de travail, venant de chez elle et se reposant depuis un mois. Examinée, position et variété DP, bassin normal. Auscultation bonne.

Dilatation complète le 7 février à minuit moins un quart. La rupture tempestive se fait spontanément. Passé minuit, le travail reste stationnaire jusqu'à 7 heures du matin malgré les efforts de la femme. A 7 heures, le dégagement ne s'effectuant toujours pas une main est introduite dans les organes génitaux et l'occiput est trouvé en OIDA. Le forceps est alors appliqué en occipito-iliaque droite transverse. Un enfant du sexe masculin et du poids de 2650 gr. est extrait en parfait état.

Lésions vulvo-périnéales nulles. La mère se porte bien à sa sortie, dix jours plus tard.

OBSERVATION IX

Obs. 292, 1904.

Primipare entrée à la salle de travail le 21 février 1904. Antécédents ne présentant rien de spécial. Blanchisseuse, tra-

vaillant debout, mais s'étant reposée depuis un mois. A eu au cours de sa grossesse des pertes blanches sur la fréquence desquelles elle ne donne pas de détails précis.

Position et variété OIGA, bassin normal, auscultation bonne.

La dilatation complète a lieu le 21 février 1904 à 3 h. 45, du soir. La rupture avait eu lieu, précoce, 30 minutes avant quand la dilatation non complète était d'une petite paume.

L'expulsion n'a eu lieu que 3 h. 30 plus tard, les contractions utérines étant rares et peu énergiques. Fœtus en très bon état. Poids 3.350. Un point de suture a été fait pour une très légère déchirure. Les suites ont été normales et la femme est sortie en bonne santé huit jours plus tard.

OBSERVATION X

No 364-1904.

Primipare entrée à la salle de travail le 4 mars à 11 heures du soir. Rien d'anormal dans ses antécédents. Ménagère fatiguant beaucoup (cire fréquemment les parquets). S'est reposée depuis trois semaines. A son entrée l'engagement est très prononcé, le bassin est normal et l'auscultation bonne. Position : OIGA.

La dilatation est complète le 6 mars à 1 heure du matin. La rupture artificielle des membranes est pratiquée à ce moment.

Les contractions utérines sont très espacées et sans énergie. La tête progresse à peine. L'état de la mère est bon. Elle ne se plaint pas et les bruits du cœur sont normaux.

L'expulsion du fœtus n'a lieu qu'après une durée de 4 h. 10.
Fille de 3050 gr., en très bon état. Aucune lésion vulvaire.
Suites normales et sortie sept jours après.

OBSERVATION XI

N^o 430-1904.

Primipare entrée à la salle de travail le 18 mars à 11 heures du matin. Cette femme vient de chez elle où elle ne faisait que son ménage, sans fatigue aucune. Très bons antécédents personnels.

Position et variété : OIGA. Bassin normal. Auscultation bonne.

La rupture des membranes prématurée s'est faite spontanément la veille à 3 heures du soir (17 mars). Le 18 mars, à 3 h. 30 du soir (12 heures après la rupture), la dilatation est complète.

Les contractions sont rares, peu énergiques. Le fœtus n'est expulsé qu'à 8 heures 30 du soir au bout de 5 heures seulement.

Un point de suture est pratiqué. L'enfant pèse 3000 grammes. Les diamètres de la tête sont les suivants : OM 13,2. OF 12,1. SOB 9,8. SOF 10,2. BIP 9,8, Bit 8,3. SMB 10,7. Suites normales.

OBSERVATION XII

N° 448-1904.

Secondipare entrée le 12 mars 1904 au dortoir. A fait un avortement de deux mois, en janvier 1902. Vient actuellement de chez ses maîtres où elle est domestique. Ne s'est pas reposée jusqu'à son entrée. Enceinte de quatre mois, le 8 octobre 1903, à la suite d'une grande fatigue, a eu une perte de sang qui a duré trois jours. A été soignée par M. Wallich qui l'a mise au repos pendant 15 jours. On constate à cette époque de l'albumine dans les urines. Le régime lacté est prescrit.

Bassin normal. Auscultation bonne.

La dilatation est complète à 11 heures du matin et l'expulsion n'a lieu qu'à 2 h. 35 après une période de 3 h. 35 sans aucune lésion vulvaire. Enfant de 3600 grammes.

OBSERVATION XIII

N° 449-1904.

Primipare âgée de 28 ans, entrée à la salle de travail le 22 mars à 1 h. 30 du matin. Présente un fibrome de la paroi antérieure, près du fond, de la grosseur d'une noisette.

Position et variété OI DP. Bassin : normal. Auscultation : Bonne.

Rupture spontanée tempestive. Dilatation complète à 6 heures du matin.

A 10 h. 15, expulsion d'une fille de 3670 grammes, après une période d'expulsion de 4 h. 15. Un point de suture a été fait.

Les suites ont été normales pour l'enfant et la mère. Sortie dix jours plus tard de la clinique.

OBSERVATION XIV

N° 480-1904.

Primipare entrée le 16 décembre au dortoir où elle est restée en traitement pour albuminurie jusqu'à son accouchement. Entrée à la salle de travail le 26 mars. Ne fatiguait pas chez elle (institutrice). Position et variété GA. Bassin : normal. Auscultation bonne.

La dilatation est complète le 27 mars, à 5 h. 10 du soir, la rupture des membranes ayant eu lieu prématurément depuis 42 heures.

Les contractions sont rares et peu énergiques. L'expulsion du fœtus n'a lieu que le 27 à 9 h. 20 du soir après une période d'efforts de 4 h. 10. Aucune lésion vulvo-périnéale. Fille de 3450 grammes. Les diamètres sont les suivants : OM, 13,9. OF, 11,9 SOB, 9,5. SOF, 11,3. BIP, 9,7 BIT 9, SMB, 11,5.

Les suites ont été normales. Sortie le 24 avril seulement, une légère lymphangite du sein gauche ayant été soignée à la clinique.

Dans toutes les observations qui précèdent le dégagement s'est effectué en OP.

OBSERVATION XV (1).

En septembre 1894, je fus appelé chez la femme R..., primipare à terme, à minuit 30. La poche des eaux était rompue depuis 8 heures environ. Le liquide écoulé était, me dit-on, de couleur jaunâtre. J'auscultai et trouvai les bruits du cœur normaux. La dilatation était complète et je m'attendis à une expulsion rapide.

La femme avait marché à un an et le promontoire n'était pas accessible.

A 1 h. 1/2 du matin, la tête apparaissait à la vulve. Les contractions étaient rares et peu énergiques. J'encourageai la femme à pousser, mais sans succès. A 8 h. 40 du matin, après une durée d'expulsion de 2 h. 10, la tête était toujours sur le plancher, et ne paraissait plus devoir progresser. A chaque contraction elle apparaissait à la vulve, mais sans paraître devoir la franchir d'elle-même. Je pensai au forceps, mais les bruits du cœur étaient excellents, l'état général de la mère parfait. Entre chacune des contractions douloureuses, celles-ci s'espçant déjà, nous échangeions quelques paroles. La femme était très calme

et me demandait d'en finir et de lui appliquer le forceps, car, disait-elle, Madame X... accouchée ainsi avait fort peu souffert.

J'attendis ne voulant appliquer le forceps que forcé par une indication précise.

A 5 h. 20 l'état de choses étant resté le même, je me préparai à une intervention et passai dans une autre pièce pour me laver les mains. A ce moment j'entendis la femme R... crier très fort ; je rentrai précipitamment et trouvai la tête sortie s'inclinant déjà sur la gauche.

L'enfant du sexe masculin, en parfait état, pesait 4540 grammes. Je fis un point de suture à la mère pour une très légère déchirure de 5 à 10 millimètres d'étendue. Les suites de couches furent normales.

CONCLUSIONS

1° « L'accouchement, disait Bauer, se fait suivant des lois éternelles et ne doit être troublé par aucune intervention hâtive de l'art » ;

2° A moins qu'une complication intercurrente ne survienne, il n'y a pas lieu de chercher à hâter par une intervention artificielle le cours d'un acte physiologique ;

3° Le forceps n'est pas sans dangers ;

4° Lorsqu'un accouchement ne se termine pas 1 heure ou 1 h. 30 après la dilatation complète du col l'expulsion est *dite lente* ;

5° Dans les expulsions *dites lentes*, il n'est pas nécessaire de songer au forceps avant qu'une indication spéciale ne soit précisée : état de la mère ou de l'enfant.

6° Nous pouvons enfin dire au point de vue pratique : « Il serait regrettable que l'usage du forceps hâtif, du forceps *de complaisance* vint à se générali-

ser, qu'il s'agisse de satisfaire une parturiente pusillanime, ou que le médecin se veuille libérer plus vite, cette façon de faire étant incompatible avec la conscience professionnelle.

Vu : le Président de la thèse,

PINARD

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Farabeuf et Varnier.* — Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements, p. 280 et suiv.
- Lardemer.* — Parallèle entre le forceps et la version, 85-86.
- Despaigne.* — Paralysies faciales périphériques, 88-89.
- Pinard.* — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, art. forceps.
- Lelièvre.* — Fractures du crâne dans l'accouchement 91-92.
- Cadiergues.* — Déchirures obstétricales du col, 92-93.
- Pezer.* — Forceps, application au détroit inférieur, rotation faite, 92-93.
- Lallemand.* — Des eschares vulvaires après l'accouchement.
- Recht.* — De la miction chez la femme en couches 93-94.
- Relle.* — Paralysies obstétricales, 94-95.
- Leclerc.* — Epanchements sanguins de la dure-mère, 95-96.
- Beckholm.* — Maladies mentales traumatiques, 95-96.
- Kassabof.* — Des enfoncements de la voûte du crâne pendant l'accouchement, 97-98.

Prudhomme. — Fractures du crâne, 99-1900.

Tarnier. — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 1872, art. forceps.

Pajot. — De l'abus du forceps dans les accouchements laborieux. Gazette des hôpitaux, 1861.

Budin. — Des lésions chez la femme dans les accouchements artificiels, 1878.

Bataillard. — Etude statistique et clinique sur la durée et le pronostic du travail. Les modes de terminaison et d'intervention dans les variétés postérieures de la présentation du sommet. Paris, 1888-1887.

Zancarol. — Des accidents du seigle ergoté et des applications du forceps pendant l'accouchement, 1864.

Bianchi. — Des paralysies traumatiques des membres inférieurs chez les nouvelles accouchées. Thèse. Paris, 1867.

Lefebvre. — Des paralysies traumatiques des membres inférieurs. Thèse. Paris, 1876.

Bach. — Sur la rupture des symphises du pubis pendant l'accouchement. Thèse de Strasbourg, 1832.

Nadaud. — Paralysies obstétricales. Thèse. Paris, 1872.

Roullan. — Des paralysies obstétricales. Thèse. Paris, 1887.

Darras. — Application du forceps chez les multipares. Thèse. Paris, 1894.

Diéterlen. — Accouchement naturel chez les primipares.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Traité d'obstétrique, 5^e édition, p. 1104.

Pinard. — Fonctionnement de la clinique Baudelocque. Observations de la clinique Baudelocque, 1903-1904.

Farabeuf. — Précis de manuel opératoire, 1895, p. 1060.

